



医療法人社団 筑波東病院 宛

報告日： 令和 年 月 日

服薬情報提供書（トレーシングレポート）

担当医 先生 御机下	保険薬局 名称・所在地
処方日： 年 月 日	電話番号：
患者 ID：	FAX 番号：
患者名：	担当薬剤師名：
この情報を伝えることに対して患者の同意を <input type="checkbox"/> 得た。 <input type="checkbox"/> 得ていない。 <input type="checkbox"/> 患者は主治医への報告を拒否していますが、治療上重要だと思われるので報告いたします。	

【分類】

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> 有害事象・副作用に関する報告 | <input type="checkbox"/> 処方変更に関する報告 |
| <input type="checkbox"/> 服薬状況に関する報告 | <input type="checkbox"/> 定期的な検査等の実施に関する報告 |
| <input type="checkbox"/> 残薬調整に関する報告 | <input type="checkbox"/> 処方内容に関連した提案 |
| <input type="checkbox"/> 抗がん剤（化学療法）関連 | <input type="checkbox"/> その他（ ） |

【上記選択肢内容】

<p style="text-align: right;">（処方箋と一緒に FAX 送信してください。）</p>

【薬剤師としての所見・提案事項】

--

<注意>

薬剤科で内容を確認したうえで、主治医に報告します。その後に保存します。

FAX による情報伝達は、疑義照会ではありません。緊急性のある疑義照会は通常通りお願いします。